

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1936-1937. — N° 22

# SYPHILIS DU CORPS THYROÏDE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*présentée et soutenue publiquement le mercredi 9 décembre 1936*

PAR

**Jean-Georges-Antoine AGGÉRY**

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à PEYRESTORTES (Pyrénées-Orientales), le 6 mai 1912

|                        |   |                             |            |
|------------------------|---|-----------------------------|------------|
| Examineurs de la Thèse | { | MM. GUYOT, professeur.....  | Président. |
|                        |   | JEANNENEY, professeur ..... | Juges.     |
|                        |   | JOULIA, agrégé .....        |            |
|                        |   | DELMAS-MARSALET, agrégé.... |            |

BORDEAUX  
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS  
6, Place Saint-Christoly

1936





# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

## PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSE, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE,  
CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

## PROFESSEURS :

| MM.                                             | MM.                                           |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Clinique médicale.....                          | Zoologie et parasitologie.....                |
| id.....                                         | Médecine expérimentale.....                   |
| Clinique chirurgicale.....                      | Clinique ophtalmologique.....                 |
| Clinique chirurgicale et gynécologique.....     | Clinique chirurg. infantile et orthopédie..   |
| Pathologie et thérapeutique générales....       | Clinique méd. des maladies des enfants..      |
| Clinique d'accouchements.....                   | Chimie biologique et médicale.....            |
| Anatomie pathol. et microscopie clinique..      | Physique médicale et pharmaceutique....       |
| Anatomie.....                                   | Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques. |
| Anatomie générale et histologie.....            | Clinique des malad. cutanées et syphilitiques |
| Hygiène.....                                    | Clinique des maladies des voies urinaires.    |
| Médecine légale et déontologie.....             | Clinique des malad. nerveuses et mentales.    |
| Electroradiologie et clin. d'électricité médic. | Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....        |
| Chimie.....                                     | Toxicologie et hygiène appliquée.....         |
| Botanique et matière médicale.....              | Hydrologie thérapeutique et climatologie..    |
| Pharmacie.....                                  | Clinique dentaire.....                        |

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).

R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

## AGRÉGÉS EN EXERCICE :

| MM.                    | MM.                                         |
|------------------------|---------------------------------------------|
| Anatomie.....          | Chirurgie générale.....                     |
| id.....                | id.....                                     |
| Physiologie.....       | Obstétrique.....                            |
| Médecine générale..... | Ophtalmologie.....                          |
| id.....                | Oto-rhino-laryngologie.....                 |
| id.....                | Dermatologie et syphiligraphie.....         |
| id.....                | Physique médicale.....                      |
| id.....                | Chimie générale pharmaceut. et toxicologie. |
| id.....                |                                             |

## COURS COMPLÉMENTAIRES :

| MM.                            | MM.                                      |
|--------------------------------|------------------------------------------|
| Physiologie.....               | Physique médicale et pharmaceut. que.... |
| Médecine opératoire.....       | Médecine légale.....                     |
| Accouchements.....             | Urologie.....                            |
| Pathologie médicale.....       | Botanique.....                           |
| Puériculture.....              | Pathologie.....                          |
| Pharmacie chimique.....        | Législation pharmaceutique.....          |
| Zoologie et parasitologie..... |                                          |

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



## A LA MEMOIRE DE MON PERE

---

## A MA MERE

Que ce modeste travail soit pour vous  
un faible témoignage de ma grande ten-  
dresse et de ma reconnaissance infinie.

---

## A MA SOEUR

*Etudiante en droit.*

En témoignage de ma profonde affection.

---

## A MES PARENTS

A MONSIEUR PAUL DULTIER

*Homme de lettres,  
Officier d'Académie.*

En reconnaissance de sa bienveillante  
sollicitude et des conseils judicieux qu'il  
m'a donnés au cours de mes études.

---

A MES AMIS

---

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE  
ET DES HOPITAUX

---

A MES JUGES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé  
de la Marine et des Troupes coloniales,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Officier du Mérite maritime,  
Officier de l'Instruction publique.*

---

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF FERRET

*Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé  
de la Marine et des Troupes coloniales,  
Officier de la Légion d'honneur,  
Officier de l'Instruction publique.*

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,  
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,  
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,  
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,  
Chevalier de la Légion d'honneur,  
Croix de guerre,  
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage de vive gratitude pour l'honneur qu'il nous fait de présider notre thèse.

# SYPHILIS

## DU CORPS THYROÏDE

---

### INTRODUCTION

---

Si nous n'admettons plus la théorie d'Ewald, qui voulait voir l'immunité de la thyroïde vis-à-vis de la syphilis par suite de son contenu en iode, nous sommes pourtant frappé aujourd'hui par les divergences d'opinions de certains auteurs sur le rôle de la syphilis thyroïdienne dans la genèse des endocrinopathies.

Pour les syphiligraphes, cette action est manifeste, et Schulmann voyait justement dans la richesse vasculaire des glandes closes, en raison de l'affinité du tréponème pour les vaisseaux, l'explication des nombreuses infections syphilitiques de la glande thyroïde.

De nombreux auteurs au contraire, les endocrinologistes en particulier, ont mis en doute la fréquence des dysthyroïdies syphilitiques.

Nous nous sommes efforcé, et tel est le but de ce modeste travail, de faire une mise au point de la question, de montrer les troubles thyroïdiens d'origine syphilitique chez l'adulte et chez l'enfant, et de préciser la thérapeutique thyroïdienne

qu'il faut pratiquer dans les deux cas. Nous rapportons par ailleurs les cas antérieurement publiés de thyroïdite tertiaire spécifique, intéressants par leur analogie avec un cancer thyroïdien, et guéris par un traitement spécifique. Nous y ajouterons une observation de M. le Professeur Guyot.

---

## ETIOLOGIE — PATHOGENIE

---

La syphilis du corps thyroïde, connue depuis Lancereaux, est due à la localisation dans la glande du tréponème; Feuillée l'y découvrit le premier.

L'atteinte de la thyroïde est favorisée par :

a) *Le sexe* : Les thyroïdites spécifiques se rencontrent de préférence chez les femmes. Engel-Reimers a bien noté le fait.

b) *La moindre résistance de la glande*, lésée par des infections antérieures :

- le rhumatisme articulaire aigu;
- un goitre antérieur;
- la typhoïde, dont la prédilection pour la thyroïde est bien connue;
- la tuberculose.

c) *Les toxiques* : Nous devons noter l'importance des notions d'alcoolisme et de saturnisme chronique.

d) De nombreux auteurs, enfin, ont remarqué la fréquence de thyroïdites spécifiques chez des femmes hystérectomisées ou ovariectomisées.

Par quelle voie le tréponème arrive-t-il à la glande ?

Deux théories sont en présence :

a) Le spirochète serait amené par la voie sanguine;

b) L'infection thyroïdienne serait réalisée par un syphilome apparu au niveau des voies aéro-digestives et ayant envahi les tissus de proche en proche jusqu'à la glande.

Une observation de Lecène, relatant ce processus et relatée dans la thèse de Monod, est typique.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

---

Nous nous proposons d'étudier :

- 1° les lésions de la syphilis thyroïdienne congénitale;
- 2° les lésions de la spécificité acquise.

### I. — *Syphilis congénitale.*

*L'examen macroscopique* nous montre habituellement une glande augmentée de volume.

On note pourtant une atrophie ou un développement incomplet dans de nombreux cas d'hypothyroïdie.

Les gommes macroscopiques sont rares.

Les auteurs ont remarqué un changement de consistance glandulaire fréquent. La thyroïde devient plus ferme ou même dure du fait de la sclérose.

A la coupe, nous distinguons la couleur plus ou moins grisâtre de la glande, et parfois des bandes de tissu connectif.

*Le microscope* révèle les lésions les plus précoces sur les tuniques des vaisseaux sanguins, artériels et veineux.

Ces lésions consistent en une infiltration de lymphocytes et d'autres cellules rondes.

Les vaisseaux sanguins sont augmentés de nombre; les capillaires, dilatés, donnent parfois à la glande un aspect caverneux.

Hutinel explique le myxœdème congénital par des lésions acquises dès la vie intra-utérine et susceptibles d'arrêter la formation de l'organe.

Le stroma est parcouru par des bandes fibreuses de tissu conjonctif, surtout périvasculaires :

Les follicules thyroïdiens, comprimés, prennent une forme irrégulière.

Les cellules folliculaires sont souvent granuleuses, peu colorées; leurs noyaux sont irréguliers.

Leur activité sécrétoire est troublée : la colloïde peut être absente.

Les spirochètes ont été vus dans la glande par de nombreux auteurs (Perrando, Hutinel, Hubschmann).

## II. — *La syphilis acquise.*

Elle aboutit à trois formes de lésions :

- a) Forme gommeuse;
- b) Forme scléro-gommeuse;
- c) Forme scléreuse.

### a) FORME GOMMEUSE.

Au niveau des gommages, les tissus se colorent mal; on ne retrouve aucune structure définie. Autour de ces zones, à un faible grossissement, les lobules glandulaires apparaissent à peu près normaux à la périphérie et très altérés, au contraire, au centre.

*Le centre* est occupé par des zones d'infiltration de cellules jeunes.

Ces nodules inflammatoires se ramollissent vers le centre.

On croit avoir affaire, à première vue, à une lésion tuberculeuse, un tubercule proprement dit, en voie de caséification.

*A la périphérie*, le parenchyme thyroïdien a conservé son aspect à peu près normal; on note pourtant :

- des signes nets d'inflammation;
- un tissu conjonctif intervésiculaire plus abondant;
- de la sclérose.

Les éléments glandulaires sont très altérés.

La plupart des vésicules n'ont plus de substance colloïde.

Les cellules glandulaires sont très hautes; un grand nombre desquament à l'intérieur des vésicules.

En résumé, le processus aboutissant aux gommés ne semble pas évoluer suivant le processus classique (endartérite et nécrose), mais comme une inflammation, dont le type se rapproche beaucoup de la tuberculose, avec formation de cellules géantes.

b) FORME SCLÉRO-GOMMEUSE.

A la coupe, la thyroïde est sillonnée de bandes de sclérose au sein desquelles se montrent de petites gommés, variant de la grosseur d'un grain de blé à une noix, et dont le nombre oscille entre deux et dix.

Fabre et Savy ont étudié les lésions microscopiques de cette forme.

Voici le résumé de leurs observations :

- abondante infiltration de cellules **rondes**;
- travées scléreuses denses, tendant à étouffer les éléments glandulaires;
- gommés et plages inflammatoires avec cellules géantes, d'aspect pseudo-tuberculeux;
- multiplication et tuméfaction des cellules thyroïdiennes;
- altérations vasculaires discrètes et inconstantes.

c) FORME SCLÉREUSE.

La sclérose enserme les vésicules; la substance colloïde a disparu.

---

## SYMPTOMATOLOGIE

---

La syphilis acquise du corps thyroïde peut se rencontrer à n'importe quel stade d'une syphilis primaire, secondaire ou tertiaire.

### a) PENDANT LA SYPHILIS PRIMAIRE.

Engel-Reimer a noté les analogies entre les atteintes de la thyroïde, de la rate et des ganglions.

Louste a signalé un cas d'atteinte thyroïdienne préchancreuse, en même temps que la splénomégalie précoce.

### b) SYPHILIS SECONDAIRE.

Elle est discrète en général.

Nous groupons cinq variétés de manifestations syphilitiques secondaires :

1° *La thyroïdite* (Engel-Reimer). — Ses caractéristiques sont :

- la fluxion de la glande;
- le signe de Vincent (en saisissant un lobe thyroïdien, la tête étant en flexion, le médecin fait accuser une douleur vive par le malade).

2° *Le goitre*. — Mauriac, en 1890, a décrit le goitre aigu syphilitique secondaire.

3° *Le goitre basedowifié*, dont nous avons des observations de Lévy, Frankel, Chvostek.

4° *Le basedow d'emblée*. — Schulmann en a rapporté, entre autres, trois observations typiques :

- un basedow, évoluant et survenu en même temps que la roséole;
- un basedow apparu et coexistant avec une angine spécifique;
- avec une ulcération palatine.

5° *Le myxœdème syphilitique secondaire*, rare, mais prouvé par des observations typiques. Voici, en particulier, une observation de Faisans et Audistère probante, publiée dans les *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 10 mai 1901.

Jeune fille de 15 ans. Contracte la syphilis.

Deux mois plus tard, la malade constate une augmentation de ses jambes, puis de sa taille.

A l'examen, la malade présente, en même temps que des plaques muqueuses et une roséole, un facies en pleine lune, une infiltration du cou et du corps, de la cyanose des membres supérieurs.

Deux mois plus tard, manifestations myxœdémateuses nettes.

La malade accuse :

- de la frilosité;
- de la somnolence;
- de la perte de mémoire;
- des démangeaisons;
- poils et ongles cassants et caducs.

La malade, traitée, est grandement améliorée (traitement spécifique et thyroïdien).

#### c) SYPHILIS TERTIAIRE.

Nous groupons trois formes de syphilis du corps thyroïde au cours du tertiarisme :

- 1° la forme nodulaire ou gommeuse;
- 2° la forme scléro-gommeuse ou pseudo-néoplasique;
- 3° la forme d'atrophie scléreuse.

1° *Forme nodulaire, gommeuse*. — La forme gommeuse est exceptionnelle. Sous la peau, qui au début garde son caractère normal, on palpe une tumeur dure, de la grosseur d'une petite noix, régulière.

Cette tumeur s'est développée lentement. La douleur et les signes fonctionnels sont absents.

La gomme ulcérée présente une ulcération à caractère

classique, parfois phagédénique. Druelle et Beaufile ont décrit une forme diffuse, avec cavité anfractueuse et écoulement de liquide.

2° *Forme pseudo-néoplasique, ou scléro-gommeuse.* — Cette forme de syphilis thyroïdienne, très importante, mérite d'être bien connue, afin d'éviter les erreurs de diagnostic avec le cancer thyroïdien.

Le malade a remarqué une tuméfaction dans la région cervicale; cette tumeur a augmenté rapidement.

Dès le début, les symptômes fonctionnels ont été très marqués :

- dyspnée;
- dysphagie;
- dysphonie.

A la période d'état, nous nous trouvons en présence d'une tumeur.

Son siège correspond à la glande thyroïde; le volume de la tumeur est variable. Sébilleau a rapporté un cas du volume d'une orange; Kussner, de la grosseur d'une tête d'enfant. A l'inspection, la peau est normale ou présente de la circulation collatérale.

La palpation de la tumeur révèle une dureté ligneuse, de la douleur à la pression.

La peau est mobile au-dessus de la tumeur ou fusionnée avec elle.

Les signes fonctionnels sont toujours très marqués.

La dyspnée est, en général, intense; la dysphonie, la voix éteinte, indiquent une compression récurrentielle.

On note également de la dysphagie, et parfois des névralgies brachiales.

3° *Forme d'atrophie scléreuse* de Weissenbach et Gilbert Dreyfus.

La glande est indurée et présente un certain degré d'atrophie, ou parfois d'hypertrophie.

## OBSERVATIONS DE THYROIDITES TERTIAIRES SIMULANT UN NEOPLASME

---

### OBSERVATION I.

(LANCEREAUX, 1863.)

Un syphilitique avéré (chancre, iritis, arthropathies, exostoses, lésions du palais) présente au niveau du corps thyroïde une tumeur du volume d'une grosse noix; on la limite facilement sur les côtés, mais on ne parvient pas à isoler sa face profonde. Elle suit tous les mouvements du larynx (27 oct. 1863).

On institue un traitement spécifique : le 14 novembre, la tumeur ne présente plus que le volume d'une noisette.

Le 1<sup>er</sup> décembre, on la décelait à peine au toucher.

### OBSERVATION II.

(THIERSCH, 1883.)

Il s'agissait d'une femme de 38 ans, atteinte d'un goitre depuis l'âge de 12 ans. Ce goitre, dans les six derniers mois, s'était considérablement accru.

La tumeur avait le volume d'une tête d'enfant, située sur le côté droit de la ligne médiane, dure, irrégulière, nodulaire.

L'extirpation eut lieu; mais la malade succombait deux jours plus tard, par suite de défaillance cardiaque.

L'examen *post mortem* révéla de nombreuses gommès.

OBSERVATION III.

(MENDEL, 1892.)

Chez une femme de 38 ans, était incluse dans le lobe gauche du corps thyroïde une tumeur dure, nodulaire, du volume d'un œuf de poule. Elle était fixée au côté gauche du larynx.

Cette tumeur, développée en trois mois, était indolore, extrêmement dure.

Certains chirurgiens, songeant à une tumeur maligne, conseillaient l'opération.

On tenta cependant l'iodure de potassium, et, après une potion de 20 grammes, la tumeur avait disparu.

Elle ne réapparut point.

OBSERVATION IV.

(KUTTNER, 1898.)

Une femme de 39 ans présentait à l'examen une thyroïde grosse comme le poing.

Tumeur très dure, dyspnée, paralysie des récurrents, chaîne ganglionnaire bilatérale. La tumeur, simulant un cancer, fut extirpée. L'examen révéla une gomme.

Des gommès semblables, apparues ultérieurement en d'autres régions, furent rapidement guéries par l'iodure.

OBSERVATION V.

(KUTTNER, 1898.)

Un homme de 27 ans se présenta avec les mêmes symptômes que ceux du cas précédent. Un traitement ioduré fit disparaître la tumeur en trois semaines.

OBSERVATION VI.

(BERGER, 1901.)

Il s'agit d'un homme de 50 ans, porteur, sur le côté droit du cou, d'une tumeur profonde, indolore.

On note deux ou trois ganglions sus-claviculaires.

L'iodure est conseillé. Après quelques semaines, la tumeur n'a plus augmenté; les ganglions ont disparu.

OBSERVATION VII.

(THURSFIELD, 1908.)

Il s'agit d'un maître d'hôtel de 53 ans, qui est vu le 4 novembre 1907.

Le malade se plaint d'une tumeur du cou apparue un mois auparavant.

Notons la syphilis dans ses antécédents, contractée trente ans auparavant.

Le malade présentait sur le côté droit du cou une dilatation ovale mesurant 1 × 2 cm., dirigée de dehors en dedans.

La partie inféro-interne s'appuyait sur le sternum; la partie supéro-interne reposait 1 centimètre environ au-dessus de la clavicule.

Peau normale. Aucune différence de température entre les deux côtés du cou. La tumeur était dure, indolore; elle n'avait pas de battements.

Mobile avec les mouvements de déglutition, elle n'adhérait ni à la peau, ni au sterno-mastoïdien, mais appartenait au lobe droit du corps thyroïde. Après un mois de traitement ioduré, la tumeur n'était plus perceptible.

OBSERVATION VIII.

(P. SÉBILEAU, 1911.)

Femme de 29 ans, qui arrive dans le service au mois de mai 1908, présentant une tumeur thyroïdienne.

Cette tumeur, du volume d'une grosse orange, était uniformément dure; son enclavement dans le cou, la rapidité relative de son évolution (un an), font porter le diagnostic de cancer du corps thyroïde.

Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la patiente fut prise de troubles dyspnéiques.

On décide de tenter l'extirpation du néoplasme, mais il est impossible au Professeur Sébileau de désenclaver la tumeur, bloquée dans le cou.

Le Professeur Sébileau, ayant été remplacé pendant les vacances par le Docteur Lemaître, ce dernier eut l'idée d'administrer de l'iodure de potassium et du mercure.

La guérison survint en quelques jours.

#### OBSERVATION IX.

(LEMAÎTRE, SÉBILEAU, 1911.)

En 1908, se présente à la consultation de Lariboisière un homme porteur d'un goitre.

Troubles dyspnéiques.

L'examen trachéoscopique montre le bourgeonnement de la tumeur thyroïdienne dans l'intérieur de la cavité respiratoire.

Le Docteur Lemaître, averti du cas précédent, traite le patient par l'iodure et le mercure.

Il guérit en quelques semaines.

#### OBSERVATION X.

(PONCET et LERICHE, 1911.)

Il s'agit d'une femme de 38 ans, ménagère, qui vient consulter pour une tuméfaction diffuse du cou, surtout à droite.

La tumeur est extrêmement dure.

Les troubles fonctionnels sont accusés.

On fait un traitement mixte. Echec partiel.

On essaie la radiothérapie : neuf séances. Pas d'amélioration.

La dureté a augmenté; la peau est violacée, sillonnée de veines. Dyspnée intense; voix éteinte. Des deux côtés du cou, chaîne de petits ganglions douloureux.

On porte le diagnostic de cancer, ligneux. La malade est opérée le 26 avril 1911 et quitte le service le 6 mai, considérée comme guérie.

Mais le 1<sup>er</sup> juin, les troubles surviennent à nouveau.

On propose en septembre une injection de 606. Guérison après 3 piqûres.

Revue en janvier 1912, la malade est en excellente santé.

#### OBSERVATION XI.

(R. MONOD, 1922.)

Femme de 38 ans, mariée, mère de 3 enfants, présentant, dans la région antérieure du cou, une tuméfaction dure, diffuse, apparue depuis juillet 1919.

Cette tumeur, remarquablement dure, absolument immobile, enclavée entre les deux sternos, faisait bloc avec l'appareil laryngo-trachéal et était recouverte d'une peau, infiltrée, adhérente.

Les troubles fonctionnels étaient très marqués, surtout la dyspnée.

On entreprend un traitement mixte énergique (néosalvarsan et mercure). Après deux mois de traitement, la tuméfaction avait disparu, ainsi que tous les symptômes.

Revue deux fois, en fin 1920 et en 1922, la guérison s'était maintenue.

#### OBSERVATION XII.

(Professeur GUYOT, in thèse Docteur GUILLAUME.)

Mlle X..., 48 ans, m'est adressée par son médecin pour être opérée d'une tumeur du corps thyroïde développée progressivement depuis huit mois environ.

*Antécédents héréditaires.* — Père et mère bien portants.

*Antécédents collatéraux.* — Une sœur en bonne santé.

*Antécédents personnels.* — Née à terme. Nourrie au sein maternel.

Au cours de la première enfance, rougeole et coqueluche sans complications. L'enfant a toujours joui d'une excellente santé. Réglée à 13 ans, les règles ont toujours été régulières et non douloureuses.

*Histoire de la maladie.* — Il y a huit mois environ apparaît, sur la partie antéro-latérale gauche du cou, une petite tumeur indolente, ne gênant nullement la malade.

Cette tumeur, du volume d'une noisette au début, a augmenté peu à peu sans à-coups.

Il ne semble pas que les périodes menstruelles se soient accompagnées de modifications du volume de celle-ci. La déformation de la région cervicale décide les parents à consulter un médecin de famille. Celui-ci constata l'existence d'une tumeur dans le lobe gauche du corps thyroïde et conseille le traitement chirurgical.

Au moment où nous examinons cette jeune fille, nous constatons un état général parfait, et rien de particulier aux différents viscères.

L'exploration des ganglions et du squelette est notamment négative.

Au niveau du cou, l'inspection révèle une tumeur arrondie, lisse, de consistance égale, remontant avec le larynx dans les mouvements de déglutition.

La tumeur siège nettement dans le corps thyroïde. Elle a une consistance assez ferme, mais non ligneuse. Le lobe droit est perceptible, mais non augmenté de volume.

Pas d'adénopathie cervicale appréciable. Pas de troubles fonctionnels.

Le diagnostic qui paraît s'imposer est celui de goître nucléaire.

Au cours de l'examen, la pression détermine dans la profondeur un point manifestement douloureux.

Les dents, examinées, montrent quelques malformations (incisives en dents de scie).

Le père ayant avoué avoir eu autrefois la syphilis, on décide de pratiquer le B.-W.

Celui-ci est nettement positif.

La jeune fille est aussitôt soumise à un traitement mixte (iodure de potassium et élixir d'Héret).

La tumeur, au bout de trois semaines, avait complètement disparu.

La malade est suivie depuis un an, et sa guérison s'est complètement maintenue.

### OBSERVATION XIII.

(Docteur STÉVENIN, Paris, 1926.)

Mme B... (G.), 42 ans, vient consulter dans le service, en janvier 1926, pour une tuméfaction de la région cervicale, apparue dès septembre 1925.

Comme antécédents, on note :

Rhumatisme articulaire aigu généralisé, à l'âge de 13 ans.

Erythème noueux à 16 ans 1/2.

Pas d'enfants, pas de fausses couches, pas d'antécédents spécifiques.

B.-W. négatif en 1925.

A l'inspection, on constate une tuméfaction siégeant à la partie supérieure du thorax, en avant et à droite, remontant vers le sterno-cléido-mastoïdien, soulevant des téguments d'apparence normale.

A la palpation, la tumeur est assez dure, indolore, du volume d'un œuf de poule. Pas de battements, pas d'expansion.

La masse est mobile avec les mouvements de déglutition.

On pense à une localisation thyroïdienne, et on poursuit l'examen, qui montre :

— un pouls à 90;

— un tremblement léger des extrémités;

— l'absence de signes oculaires.

Le métabolisme basal se montre augmenté de + 42 p. 100.

On songe au diagnostic de goitre exophtalmique.

On prescrit un traitement par les rayons X.

A la suite du traitement, le goitre diminue de volume, les forces reparaissent, le pouls est à 80.

Mais en décembre 1927, la malade revient. Elle accuse des troubles qui font penser à une gêne intrathoracique :

- douleurs rétrosternales;
- toux dans le décubitus dorsal;
- dyspnée facile au moindre effort;
- voix rauque;
- douleurs irradiées dans le bras droit.

Le 20 janvier 1928, pouls à 120.

Métabolisme basal à + 57 p. 100.

En juillet 1928, le cou est déformé par la tuméfaction.

A la palpation, c'est une masse allongée dans le sens du sterno-cléido-mastoïdien, très dure, avec quelques points moins résistants, douloureuse à la pression.

Les tissus périglandulaires sont infiltrés.

Pas de ganglions appréciables.

On pense à la possibilité d'un néoplasme de la glande thyroïde. Cette impression se confirme d'autant plus qu'à partir du mois d'août, la peau, immobile sur la tumeur, rougit, devient violacée, s'ulcère vers le 20 août; on a bientôt une large ulcération de  $9 \times 4$  cm., à bords indurés, saignants, laissant écouler une sanie grisâtre.

La malade a maigri de 6 kilos en trois mois. Devant la lenteur de l'évolution et l'état stationnaire de la malade, on décide, malgré l'absence complète de stigmates et d'antécédents spécifiques, de tenter un traitement d'épreuve antispécifique.

La malade reçoit, au début de décembre 1928, une première série de cyanure de mercure. Dès les premières injections, la tumeur fond à vue d'œil, et, vers fin décembre, elle a presque complètement disparu.

Le 19 janvier 1929, l'ulcération est cicatrisée. Elle se rouvre en février. Série de Quinby. Le B.-W devient positif en février et mars 1929.

Série d'acétylarsan.

Depuis, la malade est traitée régulièrement. Actuellement, la malade a vu disparaître complètement sa tumeur.

La cicatrice de l'ulcération est normale.

OBSERVATION XIV.

(Docteurs GATE et ALOIN, *Lyon médical*, 1926.)

Mme D..., 48 ans, vient consulter pour une tumeur douloureuse de la région cervicale médiane siégeant au-dessus du manubrium sternal.

Cette tumeur, apparue depuis environ deux mois, s'est développée assez rapidement. Elle siège dans la thyroïde. Il s'agit d'une masse régulièrement dure, résistante, sans aucun point ramolli ou de consistance kystique.

La palpation permet de sentir plusieurs noyaux semblant bridés et séparés par des bandes fibreuses.

Pas de signes de compression de la trachée.

Pas de modifications de la voix. Pas de ganglions. Comme antécédents, notons la syphilis il y a vingt ans. Etant donné les antécédents, on fait un traitement d'épreuve : 5 injections de novarsénobenzol (0 g. 15; 0 g. 30; 0 g. 45; 0 g. 60; 0 g. 75). Grosse amélioration.

On institue une cure de sirop mixte (2 centigrammes de biiodure de mercure et 3 grammes d'iodure de potassium par jour).

Un mois après, la tumeur a à peu près complètement fondu; il ne persiste plus qu'un petit noyau dans le lobe médian.

On laisse la malade au repos pendant quinze jours, et l'on reprend le sirop mixte. Une nouvelle cure d'un mois fait disparaître le noyau qui persistait.

Depuis, la malade, suivie pendant six ans, n'a jamais présenté de récurrence des accidents thyroïdiens.

OBSERVATION XV.

(Docteurs DECOURT, BERTRAND, MALINSKI, 1934.)

*Strumite syphilitique.*

Mme D..., 48 ans, nous est adressée, le 22 février 1934, avec le diagnostic de maladie de Basedow associée à un tabes. Le tabes n'est pas douteux. Par contre, les signes thyroïdiens peuvent prêter

à discussion. Il existe bien des signes d'hyperthyroïdie associés à un goitre; mais celui-ci n'a pas les caractères habituellement observés dans la véritable maladie de Basedow. Il s'agit, en effet, d'un goitre nodulaire, de forme irrégulière. On note dans la région prétrachéale, au-dessus de l'isthme thyroïdien, un nodule arrondi, du volume d'une noix, de consistance ferme, assez mal délimité, mais mobile transversalement.

Par ailleurs, le corps thyroïde apparaît légèrement hypertrophié dans son ensemble; sa consistance est assez ferme et inégale.

Une palpation attentive permet de percevoir des irrégularités de surface répondant à des noyaux indurés, enchâssés dans la glande.

Il existe des signes certains, mais discrets, d'hyperthyroïdie : pouls entre 90 et 100; légère exophtalmie; aspect brillant du regard; petit tremblement.

La malade affirme avoir beaucoup maigri depuis deux ou trois ans; le métabolisme basal est de + 25 p. 100.

L'examen général révèle un double souffle aortique et une hypertension artérielle à : Mx, 23; Mn, 9. Le B.-W est fortement positif dans le sang.

*Antécédents et histoire de la maladie.* — La malade n'est plus réglée depuis l'âge de 40 ans. Mariée, elle n'a eu ni enfant ni fausse couche. Son mari serait en bonne santé.

La malade était, depuis son enfance, porteuse d'un petit goitre médian, mais qui ne l'avait jamais incommodée, jusqu'en 1929; à cette date, à la suite d'une cure radicale de hernie, ce petit goitre a commencé à grossir.

Devant le B.-W. positif, nous décidons de pratiquer d'abord l'ablation du nodule et d'éprouver ensuite l'action du traitement spécifique.

L'ablation est faite le 7 mars 1934; l'état général n'est pas amélioré un mois plus tard.

Le 10 avril, le métabolisme est à + 20 p. 100. On fait des injections intramusculaires de bismuth.

Le 23 mai, la malade a reçu 15 injections. Sa nervosité s'est considérablement atténuée. Son sommeil est meilleur. Le corps thyroïde a diminué de volume.

Le 18 juin, pouls à 76. Métabolisme basal à + 42 p. 100.

En juillet-août, la malade reçoit une nouvelle série de 15 injections.

Le 22 septembre, toute nervosité a disparu. La malade n'accuse plus aucun trouble subjectif. Le tremblement a disparu. Pouls à 72.

Métabolisme à + 43 p. 100.

#### OBSERVATION XVI.

(Inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur Guyot.)

Mme X..., 52 ans, exerçant la profession de femme de journée. Vient consulter, il y a trois ans, le Professeur Guyot pour une petite tumeur de la face antérieure du cou.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels.

La malade n'est pas mariée, n'a jamais eu d'enfant. Elle paraît jouir en temps habituel d'une bonne santé. Réglée à 13 ans, ses règles sont régulières, non douloureuses; pas de pertes blanches.

*Histoire de la maladie.* — La malade a constaté, il y a cinq ou six mois, que le cou devenait plus volumineux, sans que cette constatation se soit accompagnée d'aucun trouble local ou général.

A l'examen, on constate l'existence d'une petite tumeur du volume d'une amande, tumeur indépendante de la peau, à contours réguliers, à limites précises, et de consistance dure. En provoquant des mouvements de déglutition, la tumeur s'élève et s'abaisse avec le larynx. Il s'agit nettement d'une tumeur localisée dans le lobe droit du corps thyroïde. La malade, examinée attentivement, ne présente aucun signe de maladie de Basedow, sauf un léger degré d'exophtalmie; pas de tachycardie, pas de tremblements, pas de modifications du caractère.

Le diagnostic porté est celui de *goitre nucléaire*. On pratique plusieurs examens de laboratoire. Le B.-W. est nettement positif. Un traitement spécifique (sirop de Gibert et iodure) amène, au bout d'une dizaine de jours, une diminution notable de la tumeur. Le

traitement étant continué, au bout d'un mois on note la disparition totale du noyau induré constaté dans le corps thyroïde.

La malade, revue régulièrement depuis trois ans, est soumise de loin en loin au traitement spécifique. Elle a vu sa guérison se maintenir; un examen récent a permis de constater l'absence de toute induration dans le lobe droit du corps thyroïde, redevenu tout à fait normal.

En somme, il s'agissait, dans ce cas, d'un faux goitre nucléaire dont la nature syphilitique fut éclairée par le B.-W. et confirmée par l'heureuse application du traitement spécifique.

---

## LES DYSTHYROIDIES QUATERNAIRES SYPHILITIKES DE LA SYPHILIS ACQUISE

---

Quelle part faut-il faire à la syphilis dans l'étiologie du myxœdème, et, en second lieu, de la maladie de Basedow ?

### I. — *Le myxœdème.*

Le myxœdème syphilitique est très rare, car, malgré la fréquence des scléroses syphilitiques de la glande, il suffit d'un dixième de parenchyme sain pour assurer les fonctions d'une glande endocrine. L'authenticité du myxœdème spécifique est pourtant prouvée par de nombreuses observations.

Massary (*Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 17 juill. 1914, p. 231) nous présente un malade de 43 ans, qui contracta la syphilis à 20 ans, et fut atteint, par la suite, d'un myxœdème qui rétrocéda rapidement par le traitement mercuriel, après échec de toute autre thérapeutique.

Résumons brièvement les symptômes du myxœdème.

L'examen du système cutané montre la peau froide, infiltrée par un faux œdème, dur, élastique.

Les cheveux sont secs, rares. Signe du sourcil.

Au niveau de l'appareil cardio-vasculaire, le pouls est petit, la tension artérielle diminuée.

Notons le ralentissement des fonctions intellectuelles et psychiques, des fonctions génitales et de la nutrition générale.

Gandy a isolé un type clinique d'hypothyroïdie avec atrophie testiculaire : l'infantilisme réversif de l'adulte. L'étiologie syphilitique est souvent retrouvée (3 fois dans 6 observations de Gandy).

## II. — *La maladie de Basedow.*

Pierre Marie a eu le premier l'idée du Basedow syphilitique.

De nombreux auteurs ont repris la question, en particulier Gaucher, Lévy-Fränkcl, Delpy, Sainton, Schulmann et Clifford. Le goitre syphilitique exophtalmique paraît se développer sans prédisposition antérieure particulière. A quel moment de la spécificité ?

L'intervalle de temps varie beaucoup. Parfois, les premiers signes de l'affection apparaissent pendant la phase secondaire de la syphilis.

Parfois seulement à la période tertiaire, de deux à quatre ans après l'accident primaire.

Parfois plus tard encore.

Schulmann a relaté un cas de goitre exophtalmique syphilitique survenu vingt-deux ans après le chancre.

Il est fréquent alors, d'après Schulmann, de remarquer une maladie de Basedow évoluant avec un tabes, coexistence qui montre la tardive influence du tréponème, à la fois sur les cordons postérieurs de la moelle et sur les glandes endocrines.

La symptomatologie du goitre exophtalmique syphilitique ne diffère pas de celle de la maladie de Basedow ordinaire.

La tachycardie est le symptôme le plus fréquent et le plus marqué, tantôt peu marquée, tantôt assez forte pour empêcher le sommeil du malade. Plus rarement, le goitre est le premier symptôme remarqué par le malade. Le tremblement est souvent absent. L'exophtalmie est toujours bilatérale, mais inégale parfois d'intensité.

La fréquence du Basedow spécifique paraît avoir été exagérée.

Actuellement, Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus, recherchant systématiquement les causes de 200 basedow, ont retrouvé une étiologie syphilitique dans 10 cas seulement.

On aurait confondu, auparavant, hyperthyroïdie et syndrome parabasedowien, caractérisé par un déséquilibre vago-sympathique, sans participation thyroïdienne.

Enfin, dans certains cas, syphilis et Basedow peuvent coexister par pure coïncidence.

---

## LES DYSTHYROIDIES SPECIFIQUES DE LA SYPHILIS CONGENITALE

---

L'hypothyroïdie due à la syphilis congénitale se rencontre à des degrés variés et se montre relativement fréquente.

Sa pathogénie est obscure.

Le trouble sécrétoire de la thyroïde est-il dû à une toxine élaborée dans l'utérus maternel ?

La glande thyroïde est-elle l'endroit localisé de l'infection ?

La question n'est pas résolue.

Nous avons relevé un certain nombre d'observations d'hypothyroïdie; leur base spécifique nous paraît certaine.

*Pel* (1905) présente une jeune fille, âgée de 21 ans, retardée physiquement et arriérée.

Au point de vue physique, la jeune malade paraît avoir 7, 8 ans. Sa taille est de 1 m. 22.

Intellectuellement, incapable de lire et d'écrire, la malade joue encore avec des poupées.

A l'examen, on relève des signes nets d'hypothyroïdie. La peau est sèche, pâle.

Langue épaissie et volumineuse.

Pas de poils au pubis.

Au point de vue génital, pas de menstruation.

Les antécédents héréditaires éclairent la pathogénie et l'étiologie de l'infection. Le père avait contracté la syphilis deux ans avant le mariage.

La mère eut 9 grossesses, dont 5 fausses couches, 1 enfant mort, 1 acromégale.

On note un seul enfant en bonne santé.

*Arraga* (1907) décrit un myxœdème, survenu avec une syphilis de deuxième génération.

*Daniouchevsky* (1912) nous montre une jeune femme de 20 ans, qui, aux signes nets d'une neuro-syphilis, ajoute un tableau typique d'infantilisme. L'autopsie révéla une atrophie marquée de la thyroïde.

*Barbe et Lévy-Valensi* (1912) présentent un jeune homme, âgé de 21 ans. Normal jusqu'à 13 ans, le sujet présenta depuis une paralysie générale progressive, de l'infantilisme, de l'atrophie thyroïdienne.

La réaction de Wassermann dans le sang et celle dans le liquide céphalo-rachidien étaient positives.

*Claude* (1914) présente une jeune myxœdémateuse, âgée de 11 ans.

La base spécifique semble prouvée par la coexistence d'une neuro-syphilis; de plus, les réactions de Wassermann sont positives.

*Aldabalde* (1918) décrit 1 cas de paralysie générale chez un jeune homme de 26 ans. Le malade présentait, en outre, des signes nets d'infantilisme et d'insuffisance thyroïdienne.

Le Wassermann était positif.

*Barthélemy* (1920) rapporte le cas d'une petite fille, âgée de 4 ans, atteinte de myxœdème et de nanisme.

Le Wassermann était positif.

*Hutinel et Stévenin* (1920) présentent une fille, âgée de 13 ans.

L'examen physique montre une petite taille, une sécheresse générale de la peau; les troubles vaso-moteurs sont très marqués. L'étiologie syphilitique du trouble thyroïdien paraît prouvée par des malformations dentaires et la positivité de la réaction de Wassermann.

*Laignel-Lavastine et Heuyer* (1920) décrivent un cas de paralysie générale infantile chez un jeune homme âgé de 21 ans.

Le malade présentait, en outre, une gomme du testicule, une insuffisance thyroïdienne marquée et une atrophie de cette glande.

Le Wassermann était positif.

*Albadelejo* (1920) rapporte 2 cas d'hypothyroïdie syphilitique.

*Castex* (1923) relève 10 cas de myxœdème ayant une base spécifique.

*Artom* (1926) présente une petite fille de 10 ans. L'enfant, née normalement, s'est depuis mal développée.

Elle présente à l'examen une peau molle, flasque, avec des rugosités généralisées. La desquamation de l'épiderme est fréquente. Les réactions de Wassermann, chez la mère et chez la fille, étaient positives.

*Rodriguez de Mata* (1927) rapporte le cas d'un jeune homme de 26 ans, hospitalisé pour jaunisse, hématuries, saignement de gencives. L'examen physique montrait des signes d'infantilisme et de myxœdème; les cheveux étaient rares, les organes génitaux atrophiés.

Au point de vue mental, le sujet présentait l'état d'esprit d'un enfant de 6, 7 ans. Le Wassermann, pratiqué, se montra positif. Un traitement thyroïdien et des piqûres de 606 améliorèrent beaucoup le malade.

*Schiff et Courtois* (1928) notent, chez un jeune homme de 21 ans, l'association d'une paralysie générale infantile, survenue à l'âge de 16 ans, et de troubles d'hypofonctionnement thyroïdien. Le malade présentait, en outre, une kératite interstitielle et un Wassermann positif.

---

## L'HYPERTHYROIDIE

---

Les cas d'hyperthyroïdie reposant sur une base de syphilis congénitale sont beaucoup moins nombreux que ceux d'hypothyroïdie. Nous en avons relevé quelques observations.

*Demme* (1884) décrit le cas d'un hérédo-syphilitique. Le petit malade présenta, à l'âge de 3 ans et 8 mois, une induration du testicule gauche, ainsi qu'un gonflement de la thyroïde.

Vers l'âge de 5 ans apparut de l'exophtalmie. Les battements du cœur oscillaient entre 130 et 150.

A l'autopsie, on trouva des gommes dans le poumon gauche et dans les deux lobes de la thyroïde.

*Lévi-Fraenkel* (1911) relate le cas d'une femme de 24 ans.

La malade, à 15 ans, eut une gomme du voile du palais.

Elle présenta, deux ans plus tard, une ulcération du nez et une perforation de la cloison. Puis survint un gonflement de la thyroïde. Le Professeur Gaucher, consulté, fit le diagnostic d'hyperthyroïdie.

*Gaucher et Salin* (1912) présentent une malade âgée de 24 ans, hérédo-syphilitique, atteinte de maladie de Basedow et d'insuffisance de sécrétion ovarienne.

Le Wassermann était positif.

*Clarck* (1914). Femme de 24 ans.

Son Wassermann ainsi que celui de ses parents étaient positifs.

Convulsions à l'âge de 12 ans.

La malade, à 19 ans, présenta un syndrome d'hyperthy-

roïdie avec tremblements, pouls jusqu'à 200, gonflement de la thyroïde.

Elle fut guérie par un traitement mercuriel.

*Schulmann* (1917). Jeune fille de 22 ans.

La malade se plaint de palpitations, d'un tremblement généralisé.

Elle présente un goître, de l'exophtalmie, un pouls à 160. Son Wassermann est positif.

Antécédents héréditaires : Père, paralytique général. Mère, cinq fausses couches.

La malade fut guérie par un traitement antisypilitique.

*Hutinel* (1920). Enfant de 14 ans, hérédo-syphilitique. Goitre apparu depuis l'âge de 2 ans. Exophtalmie.

*Smit* (1921) rapporte le cas d'une femme, âgée de 34 ans, présentant des stigmates d'hérédo-syphilis (dents d'Hutchinson), un Wassermann positif.

Elle se plaint d'insomnies; son pouls bat à 140. On fait le diagnostic de thyroïdite toxique. Un traitement spécifique la guérit en une semaine.

*Schiff* (1926). Jeune fille de 20 ans, paralytique générale, comme sa mère.

La jeune malade présente à l'examen un corps infantile, une grosse thyroïde. Elle se plaint de palpitations. Le métabolisme basal était de + 27.

Wassermann positif.

## DIAGNOSTIC

---

Un sujet se présente à la consultation porteur d'une tumeur thyroïdienne.

Quelles affections la syphilis du corps thyroïde peut-elle simuler ?

a) Les goitres simples sont, en général, faciles à diagnostiquer. Leurs contours sont nets, limités. Pas d'infiltration; pas de signes fonctionnels.

b) Le goitre exophtalmique est assez facilement dépisté; ses symptômes sont classiques.

Songez pourtant à la syphilis en présence d'un Basedow.

c) La tuberculose peut simuler une thyroïdite sclérogommeuse.

Mais dans le cas de tuberculose, les tumeurs sont plus molles, plus nombreuses.

Par ailleurs, un tuberculeux présentera d'autres localisations bacillaires.

d) Nous avons, dans la thyroïdite calleuse cancéroforme de Ricard, une tumeur thyroïdienne, dure comme du bois. Les signes de compression seront très marqués, l'évolution très rapide.

L'examen histologique montre des lésions de fibrose inflammatoire.

e) La tumeur thyroïdienne, dans la thyroïdite ligneuse chronique de Riedel, est très dure. Les tissus périglandulaires sont envahis.

On note des lésions laryngo-trachéales. Les troubles fonctionnels sont très marqués. L'examen histologique montrera des lésions de nature non tumorale, mais inflammatoire, avec altérations vasculaires et sclérose glandulaire.

Cette maladie de Riedel paraît d'ailleurs, bien souvent, être due à la syphilis, et ne serait qu'une modalité de la syphilis tertiaire thyroïdienne.

f) Le diagnostic le plus malaisé est la différenciation entre la syphilis et le cancer thyroïdiens.

Les signes physiques sont identiques : il s'agit d'une tumeur dure, ligneuse, infiltrée, douloureuse.

Les signes fonctionnels sont semblables. Les ganglions, argument en faveur du cancer, se rencontrent pourtant dans la spécificité.

L'âge ne paraît pas un élément de diagnostic de grande valeur.

Sur quels éléments baser ce diagnostic ?

1° Nous rechercherons tout d'abord les métastases cancéreuses, fréquentes dans le cancer thyroïdien.

2° Nous rechercherons ensuite des signes de syphilis, soit congénitale, soit acquise.

3° La réaction de Wassermann sera pratiquée ou réactivée.

4° Nous ferons une biopsie de la tumeur. Le cancer montrera des lésions tumorales, la syphilis des lésions de type inflammatoire.

5° Nous tenterons enfin, si le diagnostic est encore incertain, le traitement d'épreuve.

En présence d'une tumeur thyroïdienne d'allure cancéreuse, un traitement d'épreuve antisyphilitique doit être fait ; ce traitement devra être énergique et suffisamment continué, et gagnera à utiliser non seulement les médicaments d'assaut, comme le novarsénobenzol et le bismuth, mais aussi les médicaments de fond, comme le mercure, et les résolutifs, comme l'iodure de potassium.

## TRAITEMENT

---

Le traitement de la syphilis thyroïdienne reste médical.

Le traitement chirurgical n'est qu'un traitement palliatif dans les cas d'urgence (asphyxie), ou que la conséquence d'une erreur de diagnostic.

Quels médicaments spécifiques utiliserons-nous ?

1° L'iodure de potassium donne d'excellents résultats, mais à doses assez élevées, de 2 à 4 grammes par jour. Son action est rapide; « il fond les gommes comme la chaleur fond la neige », disait Fournier.

Le traitement par l'iodure de potassium sera très surveillé et écarté absolument s'il y a la moindre lésion trachéale ou laryngée.

2° Nous emploierons l'arsenic sous forme de novarsénobenzol en débutant par 0 g. 15 et montant progressivement jusqu'à 0 g. 90.

3° Nous ferons des injections intraveineuses de cyanure de mercure (une ou deux séries de dix injections de cyanure de mercure, dosées à 1 centigramme et faites tous les deux jours).

4° En cas d'échec, essayons enfin le bismuth.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — La syphilis du corps thyroïde est une affection rare.

II. — La syphilis peut frapper la glande à chacune de ses périodes : primaire, secondaire, tertiaire.

La thyroïdite tertiaire, caractérisée par trois formes, gommeuse, scléro-gommeuse et scléreuse, est la plus fréquente et la plus remarquable par ses analogies avec le cancer.

III. — Le myxœdème syphilitique est très rare; mais son authenticité est prouvée par quelques observations.

IV. — Le Basedow est plus répandu, mais sa fréquence a été exagérée, par Schulmann en particulier.

Actuellement, Marcel Labbé et Gilbert Dreyfus, recherchant systématiquement les causes de 200 Basedow, ont retrouvé une étiologie syphilitique dans 10 cas seulement.

V. — Le pronostic de syphilis thyroïdienne est bon en général.

VI. — Le diagnostic de syphilis du corps thyroïde repose sur :

- a) la recherche des antécédents spécifiques;
- b) la biopsie de la tumeur thyroïdienne;
- c) le traitement d'épreuve.

VII. — Le traitement médical donne d'excellents résultats.

L'iodure de potassium, l'arsenic et le cyanure de mercure restent à la base de toute thérapeutique de syphilis thyroïdienne.

## SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

PIERRE MAURIAC.

*Le Président,*

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 25 novembre 1936.

*Le Recteur de l'Académie,*

A. TERRACHER.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ARRAGA. — Myxœdème thyroïdien. *Arch. de méd. des enfants*, 10, 669-673, 1907.
- ARTOM. — Ipotiroidismo, livedo reticularis dermopatia ittiosiforme in eredituetica. *La Pediatria*, 34, 75-88, 15 janv. 1926.
- BABONNEIX. — Hérédosyphilis et glandes endocrines. *Arch. de méd. des enfants*, 30, 201-214, avril 1927.
- BARBÉ (A.). — Paralysie générale juvénile. Infantilisme. Aspect simiesque. *L'Encéphale*, 7, 273-274, 1912.
- BARTHÉLEMY. — Hérédosyphilis des glandes endocrines. Thèse Paris, 1919.
- BEAUFILS. — Les gommès syphilitiques du corps thyroïde. Thèse Paris, 1913-1914.
- BLUM. — Thyroid syphilis clinical study in adult. *Ann. des mal. vénér.*, 30, 657-674, 1935.
- CLARK (O.). — Exophthalmic goiter as a clinical manifestation of hereditary syphilis. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 63, 1951, 28 nov. 1914.
- CLAUDE (H.). — Paralysie générale juvénile et troubles dystrophiques endocriniens. *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, 28, 17-18, 1914.
- CLIFFORD. — Syphilis of the thyroid gland. *The Amer. Journ. of syphil.*, juill. 1928, p. 322.
- CLIFFORD (E. Henry). — Sifilis de la glandula tiroides. *Ecos espanoles de Dermatol. y sifil.*, p. 99, n° 38.
- COULON (G.). — Thyroïdite syphilitique tertiaire. *Ann. des mal. vénér.*, 1912, VII, p. 200.
- DAVIS (B. F.). — Gumma of the thyroid. *Transat. Chicago pathol. Soc.*, 1909, VII, p. 273.

- DAVIS. — Syphilis of the thyroid. *Arch. int. de méd.*, 1910, V, p. 47.
- DECOURT. — Thyroid syphilis strumitis case. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 50, 1702-1706, 24 déc. 1934.
- FASAL. — Gumma der thyreoid a Beitrag zur differential diagnose zwischen Gumma und tuberkel. *Dermat. Zeitschr.*, 64, 43-50, juin 1932.
- GATE et ALOIN. — Syphilis tertiaire du corps thyroïde. *Lyon médical*, LVII, 1926, p. 648.
- GILBERT-DREYFUS. — Considérations sur la syphilis acquise de la thyroïde. *Ann. des mal. vénér.*, 27, 107-114, févr. 1932.
- Les thyroïdites de la syphilis tertiaire. *La prat. médic. franç.*, juin 1933, n° 10.
- GIUDICELLI. — Syphilis tertiaire du corps thyroïde. Thèse Paris, 1931.
- GROEDEL et HUBERT. — Un cas de syphilis tertiaire du corps thyroïde. *Schw. med. Wochenschr.*, t. LV, n° 29, 16 juill. 1925.
- GUILLAUME (P.). — Etiology and pathogenesis of tertiary syphilis of thyroid gland. *Med. Journ. Amer. Record*, CXXI, 1925, p. 159-179.
- GUILLAUMET. — Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire de la glande thyroïde. Thèse Bordeaux, 1923, n° 10.
- HENRY (C. E.). — Syphilis of thyroid gland. *Ann. Journ. Syphil.*, 12, 322-324, juill. 1928.
- JENSEN. — Syphilitic exophthalmic goiter. *Journ. Michigan Med. Soc.*, 27, 273-274, mai 1928.
- JOSSEL et LIBOV. — Thyroid syphilis gummatous lesion case. *Klin. Med.*, 13, 1074-1076, juill. 1935.
- MENNINGER. — Congenital syphilis of the thyroid gland. *The Amer. Journ. of syphil.*, n° 2, avril 1929, p. 164.
- NETHERTON. — Syphilis and thyroid disease with special reference to hyperthyroidism. *Ann. Journ. Syphil.*, 16, 479-510, oct. 1932.

- PERRANDO. — Alterazioni istologiche della tiroide nei feti sifilitici et non vitali. *Gazz. d. Osp. Milano*, 1902, XXIII, 186-190, 3 fig.
- POLTOAVTZEY. — Lésions de la thyroïde pendant la période secondaire. *Rousk. Journ. Hojn i. vener. bolezni Kharkow*, 1901, 193-199.
- PONCET et LERICHE. — Syphilis du corps thyroïde. *Gazette des hôpitaux*, 4 juin 1912, n° 33, p. 945.
- RUMMO. — Rassegna di venereo sifilografia; Sifilide della tiroide. *Riforma Medica*, 44, 319, 19 mars 1928.
- SANVENERO. — Sifilide tiroidea e correlazioni patologiche laringo tracheali. *Ann. di laryng. otol.*, 29, 285-297, sept. 1928.
- SCHULMANN. — Syph. of the thyroid gland. *Intern. Clinics*, 1924, p. 125.
- SIROSA-ANSEROFF. — Syphilis of thyroid gland. *Klin. Med.*, n° 23, 1928.
- STROPENI. — Sifilide della tiroide. *Ann. ital. di chir.*, VI, 1927, p. 587.
- THURSFIELD. — A case of gumma of the thyroid. *Brit. Med. Journ.*, 18 janv. 1908, p. 147.
- VOGEL. — Ueber strumitis, struma spezifika und Riedelsche struma. *Ergebn. d. chir. u. orthop.*, 23, 317-350, 1930.









